

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 64.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE

DES

POLYPES MUQUEUX

DES FOSSES NASALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis COUTAZ

Né le 10 septembre 1883, à Grésy-sur-Aix (Savoie)



MALOINE, ÉDITEUR

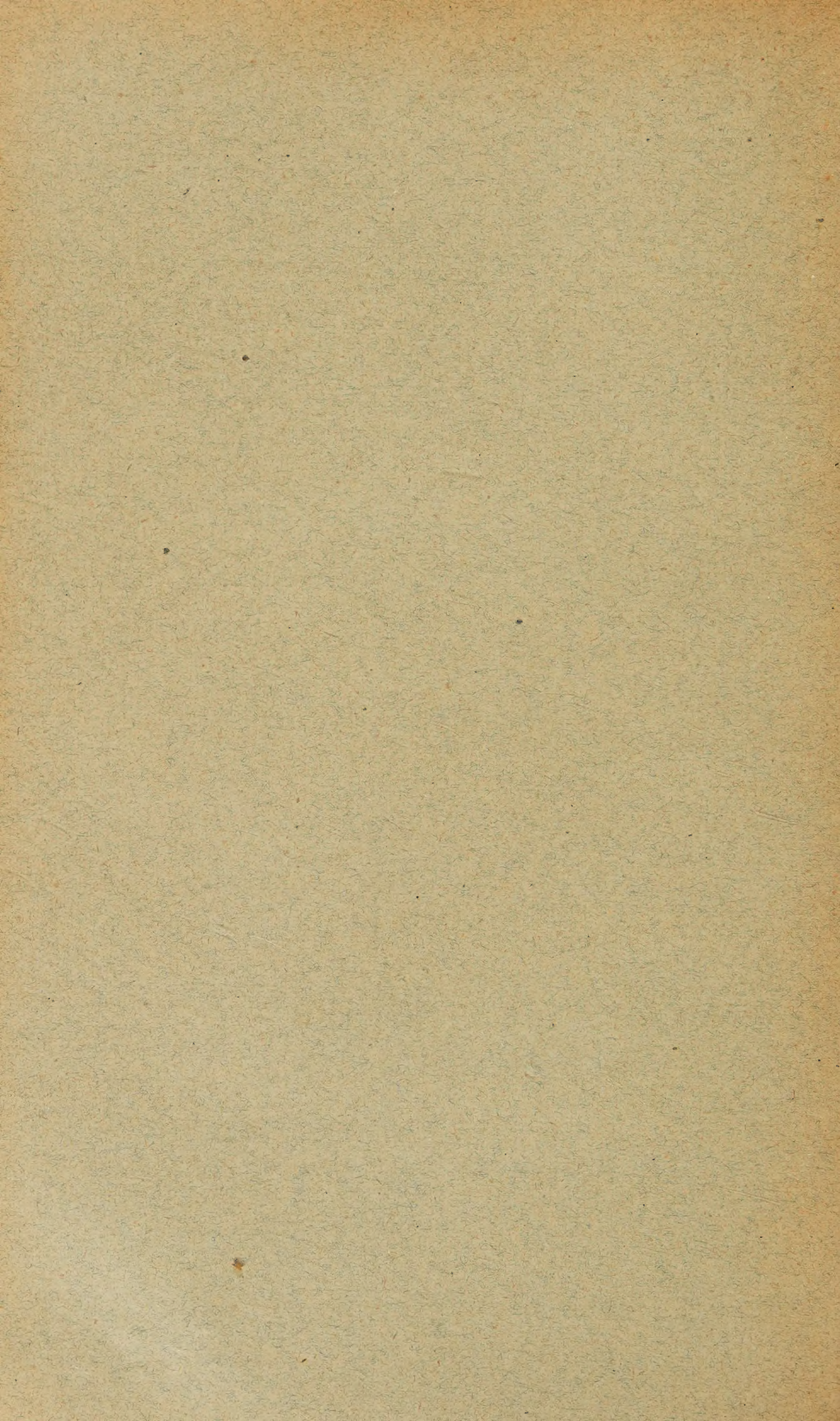
LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE
DES
POLYPES MUQUEUX
DES FOSSES NASALES

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 64.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE
DES
POLYPES MUQUEUX
DES FOSSES NASALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

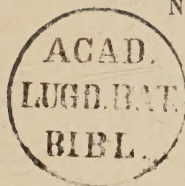
Et soutenue publiquement le 21 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis COUTAZ

Né le 10 septembre 1883, à Grésy-sur-Aix (Savoie)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen.
COURMONT (J.). Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	XL.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIER.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM. REGAUD.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch....
PATEL.	LATARIET	CADE.	SAVY, ch....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS, Président; M. PAVIOT Assesseur;
MM. PIERY et SAVY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur LANNOIS

Médecin des Hôpitaux

A mes Maîtres dans les Hôpitaux .

EXTERNAT ET INTERNAT PROVISOIRE

MM. les docteurs NICOLAS, professeur de dermatologie
et de syphiligraphie ;

GANGOLPHE, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-
Dieu ;

TIXIER, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ;

A. POLLOSSON, professeur de clinique gynécolo-
gique ;

DEVIC, médecin des hôpitaux ;

COLLET, professeur de pathologie interne, médecin
des hôpitaux ;

LECLERC, médecin des hôpitaux ;

CADE, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ;

PÉHU, médecin des hôpitaux ;

LANNOIS, professeur de clinique oto-rhino-laryn-
gologique.

INTRODUCTION

Les polypes muqueux des fosses nasales constituent la monnaie courante des consultations d'oto-rhino-laryngologie. Ils ont été le point de départ de nombreux travaux et leur étiologie pendant longtemps a suscité des discussions et exercé la sagacité des spécialistes. Actuellement la question semble assez bien connue. Aussi n'avons-nous pas la prétention de faire une œuvre originale et nouvelle. Nous nous proposons seulement d'insister sur quelques particularités d'histo-pathologie et de discuter rapidement quelques points de détails encore controversés.

Un exposé historique sommaire nous donnera un aperçu intéressant de la question depuis les temps les plus reculés. Nous assisterons à son évolution progressive jusqu'à nos jours.

Il nous semble difficile d'autre part de séparer la pathogénie de l'anatomie pathologique ; nous y insisterons surtout au point de vue histologique dans notre premier chapitre.

En second lieu nous décrirons la constitution histologique des polypes normaux, en faisant précéder cette étude d'un aperçu sur la constitution de la pituitaire

normale qui se modifie dans ses différents éléments pour donner naissance aux productions polypeuses.

Nous donnerons également quelques détails sur la structure de certaines formes anormales de polypes telles qu'on les trouve décrites et que nous avons vues. Nous traiterons encore de la dégénérescence possible des polypes et de leur évolution.

Nous dirons enfin un mot du diagnostic, en séparant l'affection qui nous occupe de certaines hyperplasies de la muqueuse pituitaire qui, ressemblant aux polypes, doivent cependant en être différenciées.

Enfin dans un dernier chapitre, nous essaierons de présenter sous une forme précise les différentes opinions qui auront été émises dans ce travail et méritent d'être retenues.

Mais avant d'aborder cette étude, nous avons à nous acquitter du très agréable devoir de remercier les maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à nous et nous accorder l'appui de leurs conseils ou de leur enseignement. Nous remercions en particulier M. le Professeur LANNOIS qui nous a donné l'idée de cette thèse et nous fait l'honneur de la présider.

Il nous a accueilli dans son service avec une amabilité dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

MM. les Docteurs CADE et PÉHU, dont nous avons apprécié l'enseignement clinique et l'aimable bienveillance, voudront bien croire au souvenir reconnaissant que nous en gardons.

M. le Docteur JACOD, outre les témoignages d'amitié qu'il nous a donnés, nous a accueilli à sa consultation

d'oto-rhino-laryngologie du Dispensaire général où il fut pour nous un guide très précieux. Nous l'assurons de toute notre gratitude.

Notre excellent ami ALOIN a mis à notre disposition de nombreuses coupes histologiques et nous a aidé de ses conseils. Nous l'en remercions bien vivement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis les temps les plus reculés, les polypes muqueux avaient attiré l'attention. Hippocrate déjà semble avoir parfaitement connu ce genre de tumeur et ses observations, si elles sont quelque peu fantaisistes dans leurs interprétations, témoignent cependant d'un réel talent d'observation.

Les conseils qu'il donne concernent surtout le traitement et ne manquent pas d'ailleurs d'un certain sens pratique. Il dit de les enlever de la façon suivante : Après avoir choisi un morceau d'éponge de grandeur suffisante pour passer dans la cavité nasale, on y attache quatre cordons, longs d'environ une coudée et dont les extrémités libres sont reliées entre elles. Une tige métallique longue et flexible, munie d'un orifice à son extrémité, est ensuite introduite dans les fosses nasales. On enfle alors dans l'ouverture de la lame métallique saisie par la bouche les extrémités libres des cordons que l'on fait ainsi passer dans le nez. L'opérateur saisit alors les cordons, les tire fortement et l'éponge parcourt les fosses nasales « entraînant avec elle la masse des polypes ». Il appliquait ensuite un

pansement au miel. Il préconise également l'emploi du cautère pour les polypes récidivants.

Celse recommande les caustiques. Galien se déclare plus partisan des astringents que des procédés chirurgicaux. Paul d'Egine au contraire se déclare un fervent du bistouri. Guillaume de Salicet a le premier introduit la méthode d'étranglement du polype, entourant le pédicule d'un nœud fortement serré. Arantius invente un genre de pinces mousses avec lesquelles il arrache les polypes. Pour voir plus parfaitement, il opérait toujours dans une chambre noire ; une ouverture arrondie pratiquée dans le volet projetait la lumière solaire sur le nez du patient.

En 1628, Glaudorp publiait un travail plein d'érudition et contenant une description fort exacte de cette affection. Comme on le voit, toutes ces descriptions médicales s'appliquent surtout et même uniquement au traitement. Il faut arriver jusqu'au milieu du ^{xvii}^e siècle pour voir apparaître les théories pathogéniques, avec Børhaave qui attribue la formation des polypes à un arrêt de l'écoulement sécrétoire qui, s'accumulant dans les culs-de-sac, donne naissance aux tumeurs polypeuses.

Au ^{xviii}^e siècle Heister explique de même la genèse des polypes. Plus tard Morgagni conseille de faire l'ablation de la portion osseuse pour éviter les récidives. En 1749, Levret, qui est surtout un gynécologue, paraît avoir été porté par la grande expérience qu'il avait des tumeurs utérines et vaginales à s'occuper des polypes du nez. Il invente plusieurs instruments.

En 1804, Deschamps, Cloquet, Walter approfondis-

sent avec plus de détails les rapports de la muqueuse nasale avec les polypes. On trouve déjà dans leurs opinions l'ébauche de la théorie de l'infiltration séreuse.

Vers la fin du xix^e siècle les auteurs cherchent surtout à déterminer d'une façon plus précise la nature de ces tumeurs.

Signalons les travaux de Hoppmann, en 1885, de Woakes, de Semon. Ils s'appliquent à voir les rapports qui existent entre les polypes et les affections des régions voisines, muqueuse, os et cavités annexes. Erichson, Woakes, Kaufmann en 1870, émettent des théories étiologiques variées.

Zuckerkindl, en 1896, expose dans son anatomie normale et pathologique des fosses nasales (p. 289 et suiv.), ses recherches personnelles et les conclusions auxquelles il arrive. Il s'élève contre cette opinion de Woakes et de Grünwald que les polypes sont produits par la forme nécrotique de l'ethmoïdite. Il est de l'avis de ceux qui considèrent les polypes comme le résultat presque constant d'une infiltration séreuse interstitielle. Les polypes sont pour lui des produits inflammatoires, des hypertrophies inflammatoires de la muqueuse.

Rokitansky dans son *Traité d'anatomie pathologique* envisage aussi la même question. Hoppmann, Schœffer, Moldenhauer, Moure, discutent les différentes influences qui déterminent l'apparition des polypes. — Citons également la thèse de Barbier, en 1889, qui, ne se rapportant pas directement à notre sujet, fournit cependant des données intéressantes sur la comparaison entre l'hypertrophie totale de la muqueuse et les polypes du nez.

Citons aussi l'opinion de Marc Bride, celle de Scane Spicer, qui est de l'avis de Zuckerkandl sur l'origine inflammatoire des polypes, de F.-H. Bosworth, W. Hill.

En 1897, Alexander publie une statistique intéressante sur les rapports entre les polypes et la suppuration des divers sinus. Pour lui et d'après ses études anatomo-pathologiques sur ces cas, il s'agit d'une hyperplasie inflammatoire de la muqueuse et de l'os. — Cette inflammation est le résultat de l'action irritante du pus.

Schmidt, dans son Traité paru en 1897 : « Die Krankheiten des oberen Luftswegen », nous donne son opinion sur la pathogénie des polypes. Ils sont pour lui le résultat d'une hypertrophie œdémateuse par stase lymphatique. Ce ne sont pas des myxomes, car on observe une transition insensible entre la partie supérieure adhérente, semblable à la muqueuse normale, et la portion inférieure du type polype muqueux transparent.

Lermoyez, en 1899, étudie les rapports des polypes avec l'hydrorrhée nasale et constate que l'œdème interstitiel de la pituitaire n'est pas dû seulement à des obstructions vasculaires, mais qu'il faut y joindre des troubles vaso-moteurs : il insiste sur ces derniers.

Swain, en 1898, Cordes, de Berlin, insistent à nouveau sur la nature inflammatoire des polypes.

C'est en 1900 que Barrago Ciarella, de Naples, étudie la question au point de vue parasitaire. Il a pu colorer par des couleurs d'aniline des corpuscules très nets dans le tissu interstitiel des polypes muqueux. Ces

corpuscules sont des blastomycètes semblables à ceux que l'on a décrits dans quelques carcinomes.

Citons encore les travaux de Gotti, Ibajek, Grünwald, Bosworth, ceux de Lack qui reprend en la développant l'opinion émise par Woakes sur la nécrose de l'ethmoïde. Charles Parker se rallie à l'opinion de Lack, Seanes Spicer se demande s'il y a lieu d'éliminer l'hypothèse d'un écart de l'état normal dû à une malformation de l'organisme ou à un traumatisme.

Chiari dans son *Traité des maladies du nez* considère les polypes comme des hypertrophies localisées de la muqueuse qui se pédiculisent.

Des publications récentes ont insisté sur certaines formes de polypes du nez à consistance kystique, ayant leur origine dans le sinus maxillaire et s'extériorisant secondairement. Des observations de cette dernière forme de polypes primitivement sinusaux et de consistance kystique ont été rapportées par MM. Moure et Garel. Enfin M. le professeur Lannois a montré (formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes muqueux des fosses nasales, *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 16 octobre 1909), dans plusieurs préparations microscopiques de polypes muqueux, la fréquence relative des formations kystiques, et c'est l'observation, dans son service, de quelques-unes de ces formes spéciales qui nous a conduit à faire cette étude.

Tel est l'exposé des principaux travaux parus sur les polypes muqueux. — Nous avons passé rapidement sur les diverses opinions émises, nous réservant d'y insister plus loin.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les opinions les plus variées ont été émises pour expliquer l'apparition des polypes muqueux. Les premiers médecins s'intéressaient surtout au traitement et aux divers procédés opératoires, comme nous l'avons vu. Mais, dès 1800, avec Lacroix (*Dissertation chirurgicale sur les polypes des fosses nasales*) nous voyons la question de nature se poser.

Les progrès de l'anatomie pathologique et le perfectionnement de la technique ne tarderont pas à apporter leur lumière.

Après qu'eurent été invoquées des causes générales, telles que l'hérédité, les miasmes, la suppression des règles, etc., etc., les recherches se précisent.

Au XVIII^e siècle Boerhaave attribue la formation des polypes du nez au prolongement de la membrane de revêtement des sinus pituitaires. Le contenu des glandes, pour une raison quelconque devient trop épais et ne pouvant plus s'écouler, remplit l'acinus jusqu'à ce que la membrane de revêtement vienne faire saillie dans les fosses nasales où elle est suspendue comme un sac membraneux avec un contenu liquide ou semi-liquide (*Prælectiones ad. institut. ad § 498*).

Plus tard Heister invoque le même mécanisme. Levret à son tour en 1749, dans ses observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, de la gorge et du nez, cherche à expliquer la genèse de ces tumeurs. « Certains polypes, dit-il, sont formés par l'expansion de la membrane pituitaire abreuvée de sucs muqueux, d'autres doivent leur naissance à l'engorgement lymphatique de glandes comprises dans l'épaisseur de la membrane pituitaire qui tapisse toutes ces parties ». Donc pour lui deux mécanismes de production des polypes : les uns sont dus à une infiltration muqueuse de la pituitaire, les autres ne sont que des kystes glandulaires par rétention.

Nous lisons aussi dans Deschamps : « Les polypes du nez ainsi que ceux des sinus (Traité des maladies du nez et des sinus) ont leur siège dans le tissu cellulaire qui recouvre le tissu fibreux inextensible de la membrane muqueuse. Celle-ci poussée en avant par la tumeur en fait l'enveloppe extérieure et la revêt exactement dans toute son étendue. La laxité des tissus cellulaires, la faiblesse organique des vaisseaux sanguins et lymphatiques, l'amas et le séjour du mucus dans ses follicules, un point d'irritation quelconque qui aura déterminé un flux d'humeur plus abondant sur cette partie ou qui aura produit une crispation dans ses canaux, sont autant de causes prochaines de ces maladies dont les causes éloignées sont communes à quantité d'autres affections. Parmi ces causes on peut remarquer : l'habitation dans les lieux humides, les catarrhes fréquents, etc. »

Avec Walter nous voyons s'ébaucher la théorie

admise actuellement par la plupart des auteurs : « Les polypes sont dus à une irritation particulière dirigée vers les orifices des vaisseaux qui rampent dans la membrane, laquelle irritation les oblige à fournir une plus grande quantité de lymphe. Celle-ci ensuite se concrète, prend de la consistance et s'organise en un tissu au sein duquel se prolongent ces mêmes vaisseaux pour y porter la nourriture et la vie. »

Donc jusqu'à cette époque le mécanisme intime de production des polypes se résume en une infiltration locale œdémateuse de la muqueuse pituitaire sous l'influence de causes très diverses que nous envisagerons tout à l'heure.

On cherche ensuite à déterminer la nature exacte de cette tumeur mal définie et ses relations avec les lésions des organes voisins.

Vers la fin du ^{xix}^e siècle, il était admis généralement, et l'on peut lire dans tous les traités d'histologie, de Cornil et Ranvier, de Virchow, etc., que les polypes du nez sont des tumeurs myxomateuses, analogues comme constitution au tissu du cordon ombilical, à la gélatine de Wharton, c'est-à-dire formées uniquement de tissu conjonctif à l'état embryonnaire : quelques cellules à prolongements ramifiés, formant des aréoles dans lesquelles se trouve une substance fondamentale amorphe, caractéristique des myxomes, la mucine.

Dès 1885, certains auteurs, Hoppmann en particulier, s'élèvent contre cette opinion. Ce dernier reconnaît que la substance fondamentale n'est pas de la mucine, mais de la sérosité albumineuse, dont la présence s'explique par une stase capillaire causée, soit par le peu de déve-

loppement des vaisseaux afférents, soit par des obstacles sur le courant du sang veineux.

Cette théorie fut adoptée par presque tous les auteurs, les uns admettant qu'il s'agissait d'une exsudation non inflammatoire, les autres considérant l'exsudat interstitiel comme consécutif à une inflammation superficielle ou profonde, créant des thromboses capillaires.

Signalons enfin l'opinion de Lermoyez qui a insisté sur l'influence des troubles vaso-moteurs dans la production des polypes.

Il ne s'agit pas seulement pour lui d'oblitérations vasculaires inflammatoires, mais surtout de troubles vaso-moteurs, lesquels pourraient même suffire à produire l'œdème dans certains cas. Ces troubles vaso-moteurs, en se répétant sur une muqueuse prédisposée aux œdèmes localisés, comme l'est celle de l'arthritique, aboutissent souvent à la formation de ces œdèmes polypoïdes qui disparaissent souvent d'eux-mêmes, étant donnée la cause de leur production.

Quoi qu'il en soit de ces différentes opinions, l'accord semble bien fait aujourd'hui sur le mécanisme intime de la production des polypes muqueux. Ce ne sont pas des myxomes purs, mais le résultat d'une infiltration interstitielle œdémateuse de la pituitaire, qui se gonfle en un point limité et finit par donner naissance à un véritable polype.

*
* *

Nous allons voir maintenant quelles sont les influences qui déterminent ce mécanisme et la succession des phénomènes histologiques aboutissant au polype muqueux. Toutes les irritations de la muqueuse ont été incriminées, inflammatoires ou mécaniques, depuis l'inflammation banale du coryza chronique jusqu'à la nécrose de l'ethmoïde.

Pour Woakes, la production des polypes est consécutive à une nécrose primitive de l'ethmoïde. L'auteur dit que dans tous les cas de polypes où il a cherché la lésion osseuse, il a constaté de la nécrose.

Lambert Lack reprend cette théorie à la Société de Laryngologie de Londres en 1900. « Les polypes, dit-il, sont dus à une affection de l'os sous-jacent, et cette opinion a été soutenue pour la première fois par Woakes ; mais ses idées n'ont trouvé que peu de créance. Cependant sa théorie de la lésion osseuse paraît expliquer de la façon la plus complète la pathogénie des polypes et surtout leur tendance à la récurrence, et mérité de ne pas être mise de côté. »

Dans 30 cas de polypes du nez, Lack a trouvé constamment des lésions osseuses de la nature d'une ostéite raréfiante. Les coupes montrent que le processus débute sous forme d'une prolifération cellulaire dans la couche profonde du périoste.

L'os finit par se désagréger sans qu'on observe de nécrose vraie.

Lack appuie sa théorie sur des faits cliniques :

1° Le doigt, introduit dans la région ethmoïdale, se heurte le plus souvent à du tissu ramolli où l'on sent très nettement des fragments d'os détachés ;

2° Il est parfois possible d'observer, quand on a enlevé les polypes sans avoir touché l'os, que le cornet moyen a disparu complètement et que sa place est occupée par de petites tumeurs polypoides ;

3° L'absence de récidives dépend, quand l'os est malade, de l'ablation complète de ce dernier.

En somme, une inflammation lente, catarrhale ou traumatique débutant dans les parties nasales de l'ethmoïde, amènerait une périostite sous-jacente et une nécrose osseuse. Celle-ci donnerait lieu, sur le cornet moyen, à des néoformations polypeuses qui augmenteraient progressivement de volume.

Cette théorie ne semble guère acceptable. Ainsi que Zuckerkandl et Hajek l'ont montré, l'ostéite dans ces cas est plutôt hyperplastique que raréfiante. D'autre part la nécrose ethmoïdale semblerait plutôt l'effet que la cause des polypes.

Un second groupe d'auteurs par contre voit dans les sinusites la cause principale des polypes. Il n'existe pas de polypes sans sinusite, dit Grünsvald ; l'emphysème est la cause de leur développement. Il est en effet bien connu que beaucoup de polypes ont leur cause dans une sinusite chronique ; et la muqueuse du cornet moyen n'est pas simplement irritée par l'écoulement continu de pus, elle s'enflamme et devient œdémateuse (Hajek). Les polypes sont de couleur plus foncée dans ce cas, présentent un aspect papillomateux et semblent beaucoup plus kystiques que les polypes ordi-

naires. — Mais si les polypes accompagnent presque toujours les sinusites, ils ne sont pas un signe pathognomonique de ces dernières et leur indépendance reste complète.

On a invoqué en troisième lieu toutes les inflammations chroniques : le catarrhe chronique produit par n'importe quelle cause. Les polypes que l'on observe autour des corps étrangers sont de cet ordre et ont la valeur de véritables bourgeons charnus (Schmidt). Ils sont presque toujours unilatéraux, étant donnée leur origine.

On a invoqué le fait de se moucher, de renifler, dans la genèse des polypes. Il est évident que, s'il a une influence, ce n'est que dans la pédiculisation de la tumeur.

De même très souvent dans les épithéliomas des fosses nasales, on rencontre des polypes muqueux à constitution histologique normale. Nous en avons observé un cas dans le service de M. le professeur Lannois, coïncidant avec une tumeur du sinus maxillaire. La raison de leur production est encore d'ordre irritatif (Chiari).

Le catarrhe chronique est une cause banale que l'on peut admettre d'une façon générale dans l'étiologie des polypes muqueux.

Signalons enfin la théorie nerveuse émise par Lermoyez, Jacques, Lavrand, pour expliquer les cas qui ne relèvent pas des causes précédentes. Il s'agissait là de phénomènes purement vaso-moteurs amenant une transsudation séreuse hors des vaisseaux et réalisant le

mécanisme du polype sur une muqueuse arthritique prédisposée.

Enfin certains auteurs (Gotti et Brazzala) ont présenté des préparations montrant des parasites : blastomycètes situés soit dans le mucus nasal, soit dans l'intérieur des polypes.

Il est bien probable que ces champignons n'ont agi que comme cause déterminante, jouant alors le même rôle que le catarrhe chronique ou qu'une irritation quelconque dans la dégénérescence de la muqueuse nasale.

En somme il ressort de ces différentes théories qu'aucune ne doit être envisagée d'une façon exclusive et que chacune d'elles contient une part de vérité. Attribuer un rôle prépondérant à telle ou telle cause ne se justifie pas.

D'après cet exposé on a nettement l'impression que toute irritation, quelle qu'elle soit, sera capable de déterminer une dégénérescence de la muqueuse pituitaire, que cette irritation soit mécanique (corps étrangers), inflammatoire (sinusites), ou spécifique (cancer, syphilis, tuberculose).

CHAPITRE III

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Il nous a semblé difficile de séparer de notre description anatomo-pathologique quelques notions sur la structure normale de la muqueuse du nez dans sa portion respiratoire, la seule atteinte ou à peu près par les polypes. — Nous ferons donc au début de notre chapitre un court résumé de cette histologie, telle qu'on la trouve décrite dans tous les classiques.

Structure normale de la portion respiratoire de la muqueuse des fosses nasales.

La muqueuse de la portion respiratoire des fosses nasales est une muqueuse du type dermo-papillaire, tapissée d'un épithélium cylindrique stratifié à cils vibratiles. Elle présente à étudier :

1° *Un épithélium.*

2° *Une basale.*

3° *Un derme muqueux* dans lequel nous aurons à décrire : A) *des glandes* ; B) *des vaisseaux*.

Epithélium. — L'épithélium n'est cylindrique à cils vibratiles que dans les tiers moyens et postérieurs des cornets. En avant, il existe une région où l'épithélium a le type malpighien. Ce fait a été signalé par Rémy

dans sa thèse d'agrégation. Il a été également étudié par M. le professeur Renault.

« L'épithélium cylindrique est formé de deux couches de cellules : l'une profonde, basse, comprenant les cellules de la couche génératrice ; l'autre superficielle, plus élevée, formée de cellules cylindriques ciliées et de cellules caliciformes.

« Ces cellules sont unies par un ciment mou, presque liquide, soluble facilement dans l'alcool au tiers, laissé incolore par les imprégnations d'argent. Ce fait a été bien mis en lumière par M. le professeur Renault, qui a montré les conséquences de cette disposition. D'après lui, en effet « le ciment peut servir de voie aux éléments migrateurs qui sortent des vaisseaux et abordent incessamment la ligne épithéliale pour l'infiltrer, la traverser et tomber dans le monde extérieur sous forme de corpuscules de mucus ».

La vitrée est une membrane mince, homogène, située sous l'épithélium.

Le derme muqueux est formé par les différents éléments du tissu conjonctif, avec prédominance des éléments cellulaires et de la matière amorphe.

Les fibres conjonctives sont relativement rares et s'enchevêtrent de loin en loin avec des fibres élastiques fines et onduleuses.

A une certaine distance de la vitrée ou quelquefois immédiatement au-dessous d'elle existe une couche de glandes qui sont regardées par la plupart des auteurs comme des glandes en grappe et, comme telles, possédant un canal excréteur dans lequel vient s'ouvrir un nombre plus ou moins considérable de lobules.

M. Renaut les regarde comme appartenant au type muqueux et ressemblant aux glandes labiales. Leur sécrétion, d'après lui, pourrait être appelée, comme celle des glandes situées plus profondément dans l'arbre trachéobronchique, à modifier par une sorte de digestion les particules étrangères qui viennent se fixer sur la muqueuse respiratoire.

Sappey les divise d'après leur forme extérieure en deux groupes : les glandes en épi et les glandes globuleuses.

Les premières sont caractérisées par un long conduit dans lequel viennent s'ouvrir successivement les lobules isolés ou même de simples culs-de-sac. Les secondes sont constituées au contraire par un conduit fort court, autour duquel se pressent de nombreux lobules, tassés les uns contre les autres et formant par leur ensemble une masse unique plus ou moins sphérique.

Dans les parties profondes du derme se trouvent des vaisseaux qui constituent par leur développement considérable sur les trois cornets, et principalement sur le moyen et sur l'inférieur, les réseaux sanguins de la pituitaire, dilatations vasculaires dont les dimensions augmentent progressivement des couches superficielles vers les couches profondes. Elles sont chacune occupées par une artériole entourée d'un anneau de 4 ou 5 veinules plus petites que les artérioles : le tout plongé dans un tissu conjonctif réticulé d'aspect presque muqueux.

Le chorion de la pituitaire se trouve ainsi transformé en une espèce de tissu caverneux spécial et certains

auteurs n'hésitent pas à assimiler les vaisseaux précités aux cavités vasculaires qui caractérisent les organes érectiles. Ce serait le corps caverneux de la pituitaire.

Ce tissu érectile communique avec les vaisseaux très développés qui se trouvent dans le tissu spongieux de l'os.

Nous verrons tout à l'heure combien la différence est grande entre cette vascularisation si abondante et si spéciale et celle des polypes qui sont au contraire extrêmement pauvres en vaisseaux.

Structure des polypes muqueux

Les polypes muqueux dérivent plus ou moins directement de la muqueuse des fosses nasales. Nous retrouverons dans leur constitution tous les éléments de cette dernière dont nous verrons au fur et à mesure les modifications.

Histologiquement, d'une façon générale, les polypes muqueux sont constitués par l'infiltration du tissu conjonctif par un très grand nombre de cellules migratrices et par un liquide coagulant qui est analogue à la mucine. L'infiltration de cette sérosité dans les interstices conjonctifs prend dans le polype muqueux la forme d'aréoles souvent bien délimitées. Dans l'aire de ces aréoles se voit le réseau fibrillaire qui forme un feutrage excessivement délicat. Les parois sont formées de tissu conjonctif refoulé par le liquide. Cet aspect est surtout net dans les points les plus lâches de

la préparation. Dans plusieurs des coupes de polypes muqueux que nous avons faites pour les comparer aux coupes d'hypertrophie, les lésions sont presque exclusivement celles que nous venons de décrire.

D'autres fois l'infiltration est plus diffuse, la sérosité est moins collectée en quelque sorte, la préparation est comme noyée par le réseau fibrillaire semé de cellules embryonnaires et de quelques cellules fixes.

Le tissu conjonctif est réduit à son minimum.

La tumeur renferme des vaisseaux et des glandes ; elle est revêtue par l'épithélium normal de la muqueuse. Nous allons étudier tous ces éléments.

Epithélium. — Les polypes sont revêtus d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles qui présente tous les caractères de celui de la muqueuse normale. Il est formé de deux couches de cellules, couche génératrice et couche vibratile ciliée. On retrouve le ciment intercellulaire et les éléments migrants signalés plus haut.

Sur certains points cependant, au niveau des points de pression, ou sous l'influence d'une irritation quelconque, on constate que l'épithélium perd ses cils et devient pavimenteux à type malpighien.

Entre les deux formes d'épithélium existent des points de passage et on peut voir sur certaines coupes des points au niveau desquels l'épithélium malpighien, au lieu de se terminer par un épithélium pavimenteux, présente à sa surface des cellules cylindriques à cils vibratiles avec des cellules caliciformes intercalaires.

Normalement l'épithélium des polypes comprend

deux couches, l'une profonde répondant à la couche génératrice et l'autre superficielle répondant à l'épithélium cylindrique muni de cils vibratiles et de cellules à mucus. Il nous est arrivé d'autre part d'examiner des coupes soi-disant de polypes du nez et cliniquement enlevés comme tels, qui représentaient un épithélium polystratifié comprenant douze à treize assises de cellules polyédriques. Dans ce cas l'hypertrophie semblait s'être faite presque uniquement aux dépens de l'épithélium, l'axe conjonctivo-vasculaire étant très réduit. Il est probable du reste que dans ce cas on avait affaire à une sorte d'hyperplasie de la muqueuse plutôt qu'à un véritable polype.

Il s'agissait dans ce cas d'un homme de 66 ans qui s'était déjà fait enlever des polypes dix ans auparavant, à deux reprises.

Il était à nouveau gêné depuis deux ans et depuis quelques mois l'obstruction nasale était devenue totale, car il n'avait pas voulu se montrer, dans la crainte de la douleur.

La fosse nasale droite était remplie de polypes jusqu'à l'orifice narinaire. A gauche, ils étaient petits mais obstruaient complètement, en raison d'une déviation en masse de la cloison.

L'ablation des premiers polypes se fit normalement, sauf avec une abondante hémorragie. Mais, dès que ceux-ci furent enlevés, l'anse ramena de la profondeur de grosses masses bourgeonnantes, fambroisées, qui firent penser immédiatement à de l'épithéliome, de sorte qu'on pouvait se demander cliniquement s'il ne s'agissait pas d'une transformation épithéliomateuse de polypes muqueux.

L'examen histologique, que nous venons de rapporter, a montré qu'il n'en était rien et qu'il ne s'agissait que d'une irritation de la muqueuse se traduisant par un autre processus et donnant naissance à une simple prolifération épithéliale de cette muqueuse.

Il est probable d'ailleurs que ces masses pseudo-néoplasiques prenaient leurs points d'attache sur le cornet inférieur qui ne donne pas naissance à des polypes muqueux vrais.

L'épithélium des polypes muqueux repose sur une vitrée très apparente par les procédés de coloration ordinaires, membrane hyaline, collagène, séparant nettement l'épithélium de l'armature conjonctive et attestant la bénignité de la tumeur.

Stroma. — On peut distinguer deux couches assez nettes dans le tissu conjonctif des polypes muqueux : une couche superficielle, sous l'épithélium, et une couche profonde.

La couche superficielle est formée de fines fibrilles conjonctives plus ou moins anastomosées entre elles. On voit dans les mailles de ce réseau des cellules conjonctives à prolongements rameux et de très nombreux leucocytes sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

La couche profonde est beaucoup plus lâche, formée également de fibrilles conjonctives anastomosées et circonscrivant de grandes aréoles remplies de liquide séreux. L'abondance de ce liquide est plus ou moins considérable et on trouve des polypes à allure nettement pseudo-kystique où la trame conjonctive est extrêmement réduite et circonscrit de vastes cavités que

ne revêt d'ailleurs aucun épithélium de revêtement. Cette structure fait que le tissu des polypes muqueux est absolument analogue au tissu du cordon ombilical, à la gelée de Wharton. C'est un tissu conjonctif embryonnaire, qui possède la propriété de rester à ce stade et de ne pas subir l'évolution qui l'amènerait au stade de tissu conjonctif adulte.

Cependant ce tissu diffère du tissu ombilical, car dans ce dernier on ne trouve que des cellules conjonctives noyées dans une substance fondamentale, tandis que dans les polypes on trouve déjà des fibrilles conjonctives en grande quantité.

Le tissu conjonctif des polypes muqueux est infiltré dans toutes ses portions de cellules migratrices. On y rencontre de gros mononucléaires, des lymphocytes et dans certaines formes de très nombreux éosinophiles. Ils sont groupés surtout au niveau des glandes et autour des petits vaisseaux.

Et cette constitution est un fait de plus à l'appui de la théorie inflammatoire sur l'origine des polypes. Hoppmann et Zuckerkandl y avaient déjà insisté. Non seulement l'exsudat interstitiel, mais encore l'infiltration de la tumeur par des cellules rondes plaident en faveur du caractère inflammatoire des polypes. Les cellules rondes se rencontrent en effet, dans la plupart des cas, en grand nombre dans les couches sous-épithéliales, dans les travées fibrillaires, autour des vaisseaux et des glandes et aussi en liberté dans l'exsudat. Quelques auteurs pensent que « le dépôt de cellules rondes ne se fait que secondairement et qu'il est plus exact de supposer que l'irritation déterminée par le

frottement continuuel d'un polype sur les parois latérales des fosses nasales augmente l'inflammation. »

Mais il n'y a aucune raison d'admettre que l'infiltration de cellules rondes soit le produit d'une inflammation secondaire, car on trouve déjà ces cellules dans les tout petits polypes.

La présence des éosinophiles ne semble rien ajouter de plus et n'est pas plus anormale qu'elle ne l'est dans les bourgeons charnus quels qu'ils soient.

Glandes. — Il existe très souvent des glandes dans les polypes du nez. Leur présence a cependant été niée par un certain nombre d'auteurs, alors qu'elle était admise par d'autres.

On s'explique fort bien ces divergences si l'on admet avec Zuckerkandl qu'il s'agit de glandes de la muqueuse hypertrophiée qui se sont écartées les unes des autres par suite du développement interstitiel des tissus. Ce fait explique pourquoi elles existent surtout au niveau du pédicule, dans la région où le polype se continue avec la muqueuse normale. Et si dans certains cas on n'a pas rencontré de glandes, c'était simplement parce que la place où étaient nées ces tumeurs en étaient dépourvues.

Toutes les portions de la muqueuse participent donc à la formation des tumeurs polypeuses. « C'est, dit M. Tripier (*Anat. pathol.*, p. 729) une néo-production très exubérante où le stroma occupe la plus grande partie de la tumeur, probablement en raison de la riche vascularisation de la muqueuse et des sécrétions abondantes dont elle est normalement le siège. On y trouve en effet un stroma très vasculaire et très riche

en cellules rondes ou fusiformes au milieu d'une substance claire, mucoïde, parsemée de fibrilles et qui rend compte de la coloration rougeâtre ainsi que de la faible consistance du polype. Mais on y trouve aussi des cavités nouvellement produites, tapissées par un épithélium typique, analogue à celui de la muqueuse où la tumeur a pris naissance. Il présente, en effet, des cellules cylindriques hautes, munies de cils vibratiles qui reposent au niveau des cellules basales abondantes de forme cuboïde, au-dessous desquelles se trouvent les cellules du stroma. Il s'agit en somme d'un stroma mucoïde abondant en conformité avec ses éléments naturels de production et dont les surfaces libres aussi bien que les cavités sont recouvertes par un épithélium typique de nouvelle formation. Or, il est évident que cette néo-production épilhéliale est en rapport avec la constitution mucoïde exubérante du stroma, d'où résultent aussi des productions épilhéliales exubérantes avec des cellules dont le noyau et le protoplasma sont analogues à ceux des éléments du stroma ; de sorte qu'il ne saurait y avoir le moindre doute sur l'association de ces divers éléments pour constituer le polype. Celui-ci doit être considéré comme une néo-reproduction non pas simplement du stroma muqueux ou de l'épithélium (ainsi qu'on a coutume de le faire), mais de la muqueuse des fosses nasales comprenant à la fois et en quantité, qui peuvent varier beaucoup, les parties qui entrent dans la constitution de cette muqueuse, c'est-à-dire l'épithélium et le stroma sous-épithélial avec leurs caractères spéciaux. »

A côté des glandes véritables à fonction spéciale, tapissées par un épithélium cubique, on rencontre comme on vient de le voir d'autres recessus que certains ont assimilé à des glandes véritables, mais qui en réalité ne sont que des cryptes muqueuses produits par des plis de la muqueuse à la surface du polype.

Les glandes sont tantôt saines présentant les caractères énoncés plus haut, tantôt en voie de dégénérescence. Les acini peuvent être dilatés par l'obstruction des conduits, due à la pression de l'exsudat inflammatoire ; et c'est ainsi que se forment les kystes fréquemment observés dans les polypes. La formation des kystes dans les polypes muqueux est d'observation très fréquente en effet. Ils se présentent sous deux aspects ; les uns sont muqueux et représentent la pathogénie ci-dessus : dilatation de la lumière glandulaire. Les autres sont séreux et formées par la réunion de plusieurs aréoles en une seule cavité. Leur paroi est formée par du tissu conjonctif à fibre plus ou moins fine, sans aucune trace d'épithélium, tandis que ce dernier existe dans le premier cas.

M. le professeur Lannois, dans un travail communiqué au Congrès de la Société française d'oto-rhinolaryngologie (mai 1909) et paru dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie* (16 octobre de la même année) sous le titre « Formations nodulaires d'origine glandulaire », a présenté des préparations de ces formes spéciales de polypes dont nous avons eu également l'occasion d'examiner quelques exemplaires.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer les parties essentielles de cette communication.

Polypes à formations nodulaires d'origine glandulaire

M. Lannois montre dans des préparations microscopiques la présence dans les polypes muqueux de petites concrétions nettement sphériques, de consistance dure, d'aspect blanc opaque, qu'il compare à des yeux de poissons cuits.

Macroscopiquement ces polypes de constitution anormale présentent à leur surface de petites masses sphériques, de volume variable, blanches et dures, qui sont des productions kystiques.

Car les kystes ne sont pas rares dans les polypes du nez. Leur contenu est variable. Le plus souvent ils sont ils remplis d'un liquide séreux ou visqueux, transparent et coloré en jaune, parfois épais, blanchâtre, d'apparence laiteuse : ce liquide est le plus souvent riche en albumine, contenant parfois de la mucine (Okada). Dans quelques cas le contenu kystique est plus épais, presque caséeux, ou même a subi une transformation calcaire.

Ces variétés dans leur contenu s'expliquent par ce fait que les polypes du nez ont des origines multiples. On admet que le plus souvent il s'agit de pseudo-kystes formés par la réunion de plusieurs des aréoles constitutives en une seule variété ; on trouve alors des parois sans limites nettes, constituées par du tissu conjonctif plus ou moins dense, mais sans revêtement épithélial.

De nombreux auteurs (Hoppmann, Chiari, etc.) admettent que l'on ne trouve autour de ces cavités kystiques ni glandes ni restes de glandes.

Mais à côté de ceux-ci, il existe parfois des kystes à

mucine qui se font nettement par rétention glandulaire ; ils ont été étudiés chez nous par Jalaguier et Ruault, et sont bien décrits par Zuckerkandl, Alexander, Zarniko, etc. Hpmann admet que cette transformation des glandes de revêtement est la règle dans ces formations kystiques. Enfin, Castex cite Stepanow, Polyak, Lévy, comme ayant signalé des concrétions hyalines sphériques dans la muqueuse de ces polypes.

Leur mécanisme se conçoit facilement : le conduit excréteur d'une glande se trouve obstrué par l'infiltration œdémateuse interstitielle, alors que les cellules glandulaires secrètent encore ; le fond de la glande s'élargit et prend peu à peu la forme d'une cavité sphérique dont l'accroissement ne se terminera qu'au moment où la pression intérieure arrêtera par compression le fonctionnement glandulaire. Quelques anatomopathologistes et notamment R. Tripier ont également admis cette origine glandulaire pour les kystes des polypes muqueux du nez.

Zarniko admet aussi qu'il peut se produire des kystes par une sorte d'invagination de la surface du polype. Cette troisième variété peut coexister avec les kystes par rétention et on les trouvera figurés concurremment par Zarniko dans un cas qu'il désigne sous le nom de fibrome œdémateux kystique et qui paraît tout à fait comparable aux nôtres.

C'est évidemment à la catégorie des kystes par rétention glandulaire qu'appartiennent les formations kystiques à noyaux durs que nous avons l'occasion d'observer et il suffira pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les figures ci-jointes.

La pièce a été fixée à l'alcool, et après avoir été incluse à la paraffine et coupée, a été colorée à l'hématéine-éosine.

A l'examen microscopique, à un moyen grossissement, on constate à la surface de la coupe la présence de l'épithélium cylindrique, cilié, typique, de la muqueuse des fosses nasales : il a été seulement arraché par endroits en cours des manipulations.

Le stroma qui occupe la plus grande partie de la tumeur présente l'aspect que l'on rencontre habituellement dans les polypes muqueux : substance claire, mucôide, mal colorée, au milieu de laquelle se trouvent parsemées des fibrilles conjonctives en trame légère et des cellules rondes et fusiformes.

Dans ce stroma, on voit des cavités extrêmement nombreuses par places presque confluentes ; elles sont tapissées du même épithélium haut et cilié que l'on rencontre à la surface de la coupe ; elles sont de dimensions extrêmement variables et l'on trouve tous les intermédiaires entre les cavités n'excédant pas les limites d'une lumière glandulaire normale et les plus grandes qui constituent de véritables dilatations kystiques ; dans ces dernières l'épithélium est moins élevé que dans les autres, légèrement aplati. Ceci est plus évident encore à un plus fort grossissement et se voit nettement sur la deuxième figure qui reproduit un point limité de la première.

A l'intérieur de ces cavités, petites et grandes, existe, plus ou moins rétractée au centre, une substance anhiste, prenant mal les matières colorantes, se disposant quand elle est abondante en couches stratifiées en



Fig. 4. — Grossissement moyen.

[On voit sur cette coupe que l'épithélium cylindrique de revêtement est presque partout conservé et que dans le stroma conjonctif il s'est formé de nombreux kystes à parois bien limitées et recouvertes d'épithélium.

La masse centrale des kystes s'est un peu rétractée pendant le durcissement, (Figure empruntée au mémoire de M. Lannois.)

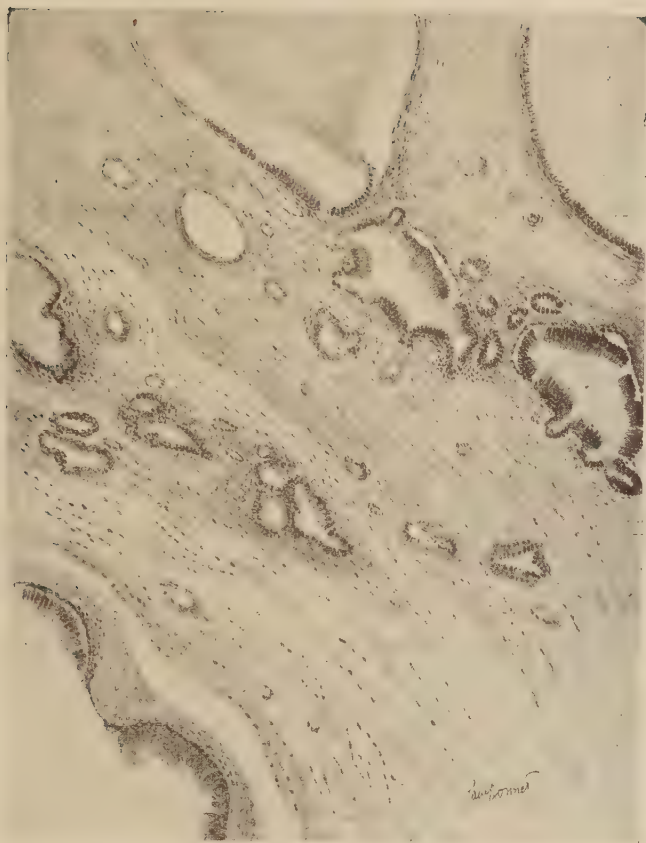


Fig. 2. — Petite partie de la coupe précédente
vue à un fort grossissement.

Les cellules superficielles de revêtement sont à cils vibratiles. Dans les cavités kystiques, encore petites, les cellules ont les mêmes caractères de cellules cylindriques, tandis que dans les grandes cavités les cellules sont cubiques et plus ou moins aplaties. (Figure empruntée au mémoire de M. Lannois.)

bulbe d'oignon : et c'est précisément cette substance accumulée dans les grands kystes qui correspond à ces noyaux durs qui donnent macroscopiquement à la pièce un aspect si particulier.

Il s'agit là en somme d'un véritable produit de sécrétion, probablement analogue au produit de sécrétion normal des glandes, accumulé et transformé sur place au niveau des cavités.

Ces coupes démontrent évidemment que s'il existe des polypes dans lesquels il n'y a pas de glandes, il en est d'autres auxquels l'abondance des formations glandulaires et des kystes qui en dépendent mérite l'appellation d'adéno-fibrome œdémateux et kystique.

Il est à noter, en passant, que les polypes de ce genre n'ont pas d'étiologie particulière et ne présentent pas de signes cliniques spéciaux, sauf peut-être une évolution relativement longue.

Trois autres polypes, dans lesquels existaient de ces noyaux blancs et durs, furent remis par M. Lannois à M. Aloin, aux fins d'examen histologique.

Nous avons examiné ces coupes qui nous ont présenté exactement les mêmes particularités histologiques que nous venons de signaler, de sorte qu'il nous paraît inutile d'en donner une description minutieuse qui ne serait qu'une répétition.

Vaisseaux. — Les polypes muqueux sont des tumeurs peu vasculaires et saignent peu. On voit sous l'épithélium et dans toute l'étendue de la préparation des orifices vasculaires, tapissés d'un endothélium et entourés d'une multitude de cellules rondes.

Il y a à ce point de vue une différence considérable

entre la constitution du polype muqueux, de l'ancien myxome, avec ce qu'a décrit Barbier sous le nom de myxangiome, qui peut être pris cliniquement dans certains cas pour un polype.

Cependant entre les deux lésions, entre le polype avec ses vaisseaux embryonnaires néoformés, et l'hypertrophie totale de la muqueuse avec son tissu vasculaire abondant, constituant un myxangiome, on trouve tous les intermédiaires et les lieux de passage sont nombreux.

On a également rencontré dans les polypes muqueux des nerfs, en petite quantité il est vrai. Kalischer de Berlin fit des recherches à l'Institut anatomique en 1893 sur des polypes provenant de la polyclinique du Dr Fränkel, à l'aide de la méthode de coloration d'Ehrlich, au bleu de méthylène. — L'auteur est arrivé ainsi à constater la présence de nerfs dans les polypes muqueux : elle ne serait pas rare.

Pour notre part nous n'en avons jamais rencontré dans nos préparations, et il semble que s'ils existent, indubitablement ils doivent être d'une certaine rareté. Lorsqu'ils existent on les voit parcourir un assez long trajet sans se ramifier. Sur leur parcours se trouvent à intervalles assez réguliers de petits renflements.

Il semble que l'on ait affaire à des fibres nerveuses de formations nouvelles.

En somme d'après cette étude histologique nous pouvons établir un point important et bien admis aujourd'hui par tous les auteurs : c'est que les polypes nasaux ne sont pas des myxomes, mais bien une hypertrophie inflammatoire de la muqueuse. Nous ne

rencontrons en effet dans les polypes aucun des éléments fondamentaux des myxomes : ce ne sont pas des tumeurs isolables, énucléables ; ils ne sont pas enveloppés d'une capsule fibro-conjonctive ; enfin leur contenu est uniquement formé de sérum sanguin et non de mucine, comme celui des tumeurs myxomateuses pures. Nous verrons que cette destruction n'est pas sans importance pour la question de la dégénérescence des polypes.

CHAPITRE IV

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE DES POLYPES MUQUEUX

Depuis quelques années l'attention des rhinologistes a été attirée sur la dégénérescence possible des polypes muqueux des fosses nasales en tumeurs malignes et surtout en sarcomes. — Pendant longtemps ces tumeurs avaient été considérées absolument comme bénignes et sans aucune gravité. Des travaux récents ont montré qu'il ne devait pas en être ainsi et que la confiance en la bénignité des polypes pouvait être trompeuse.

Nous passerons sous silence les nécroses qui surviennent dans quelques polypes, à la suite de torsion ou d'oblitération vasculaire pour une raison quelconque, et qui sont sans importance.

Depuis longtemps déjà la possibilité de cette dégénérescence était admise par Virchow qui s'exprime ainsi : « L'hyperplasie simplement inflammatoire du catarrhe chronique conduit à la formation de polypes, et les polypes peuvent plus tard devenir à leur tour le siège d'un développement cancéreux ou cancroïde ». Michel, Hopmann, Smiegelow en 1883, Bayer en 1886 citent des cas où cette transformation semble

bien probable. Heymann relate le cas d'un polype récidivant qui finit par céder la place à une vaste tumeur mélanique.

En 1891 Reinhold, en 1894 Onodi en publient également des observations. Gérard Marchaut cite un cas de dégénérescence qu'il observa à la Charité. Moure en rapporte également plusieurs cas.

Nous-même avons eu l'occasion d'en examiner un cas analogue dans le service de M. le professeur Lannois, où des polypes muqueux d'aspect normal coïncidaient avec une néoplasie maligne. Y avait-il coexistence des deux, ou au contraire dégénérescence proprement dite, la question pouvait se poser.

Toujours est-il que la transformation maligne des polypes du nez est un fait paraissant bien établi, tant au point de vue clinique qu'histologique.

A l'examen histologique les coupes de portions dégénérées diffèrent totalement des polypes. On voit une quantité de cellules à noyaux ronds ou allongés, volumineux, se colorant intérieurement. Le protoplasma de ces éléments a dans quelques régions un aspect nettement fasciculé. On y rencontre un grand nombre de vaisseaux de tout volume, dépourvus de parois et simplement limités par des cellules embryonnaires, nucléolées, au milieu desquelles ils forment quelquefois des nappes très larges avec quelques travées fibrineuses. On a affaire dans ce cas à un sarcome embryonnaire.

Pour Bonain la question de la dégénérescence des polypes est plus simple qu'elle ne le semble au premier abord. Il faut d'abord s'entendre sur les termes de

myxome et de sarcome. Il importe de différencier nettement le polype inflammatoire ordinaire qui est un fibrome œdémateux, qui croît lentement et est absolument bénin, du myxome qui au contraire est une tumeur d'un caractère beaucoup plus sérieux, augmentant rapidement, récidivant facilement et s'accompagnant facilement de sarcomes. « La raison pour laquelle beaucoup d'hypertrophies ont été prises pour des myxomes consiste en ce que le tissu conjonctif imprégné renferme très souvent des cellules fusiformes ou étoilées. Seule la connaissance du caractère muqueux de l'exsudat peut assurer le diagnostic de ce myxome.

Actuellement il faut donc distinguer la néoplasie inflammatoire du néoplasme véritable, et nous pouvons admettre avec Bonain qu'il existe dans les fosses nasales des productions inflammatoires de la muqueuse et des tumeurs offrant un aspect et une texture analogues sinon semblables, mais différant par leur origine et leur évolution. Les premières seraient essentiellement bénignes, peu sujettes par leur nature même aux récurrences, pourvu que l'inflammation qui leur a donné naissance soit convenablement supprimée. Les secondes suivraient le sort des myxomes et des sarcomes éminemment sujets aux récurrences locales et aux dégénérescences.

Billroth explique ces faits d'une façon plus simple encore. Pour lui le myxome et le sarcome ont une constitution analogue. Le tissu muqueux est une variété du tissu sarcomateux et pour lui les polypes du nez sont toujours des myxo-sarcomes. « Ce sont des tu-

meurs à cellules étoilées possédant en même temps beaucoup de substance intercellulaire gélatiniforme. » Sa façon de voir est du reste partagée par Quénu, pour qui, myxomes et sarcomes doivent être rapprochés. Dans maints néoplasmes il a vu ces deux tissus s'associer et se succéder.

Avec cette conception du myxome, les dégénérescences s'expliquent elles-mêmes.

En somme il semble qu'on puisse facilement concilier les diverses opinions émises sur l'existence ou non des récidives.

Le polype muqueux d'origine inflammatoire ne récidive jamais sur place.

Au contraire on se trouve parfois en présence de myxomes véritables, tumeurs récidivant facilement sur place en dépit du traitement le mieux dirigé, pouvant d'autre part ne pas se reproduire, mais en raison de leur affinité avec le sarcome, dont ils semblent ne constituer qu'une variété, ils sont susceptibles de subir la dégénérescence maligne. La différence de pronostic, on le conçoit, ne se compare pas, et il faut savoir que dans certains cas l'examen histologique est impuissant à dépister une dégénérescence sarcomateuse au début.

CONCLUSIONS

I. — Les polypes muqueux du nez reconnaissent comme étiologie des conditions inflammatoires qui peuvent être banales, accompagner les lésions osseuses, les affections des sinus et de l'éthmoïde et même les néoplasmes.

II. — Au point de vue de leur structure histologique, les polypes sont constitués par un stroma de tissu conjonctif embryonnaire à mailles très lâches, dans lesquelles se fait, avec une diapédèse considérable de cellules blanches, une transsudation séreuse qui a constitué parfois des formations pseudo-kystiques. — On y trouve en outre des vaisseaux peu nombreux et des glandes.

III. — L'oblitération de ces glandes crée anormalement des productions kystiques vraies, à contenu concrété, calcaire même, et caractéristiques de certains polypes qui sont alors des adeno-fibromes œdémateux et kystiques.

IV. — Quant à la nature des polypes, elle est nettement différente de celle des myxomes. Ces derniers sont de véritables tumeurs isolables, énucléables, enveloppées d'une capsule fibro-conjonctive, avec un contenu qui est de la mucine.

Les polypes au contraire sont des modifications de la muqueuse d'origine inflammatoire.

V. — Le polype du nez véritable, d'origine inflammatoire, semble peu susceptible de dégénérescence.

VU :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU :
Le Président de la Thèse,
LANNOIS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 6 décembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, années 1893 à 1912.

Archives internationales de laryngologie, 1893 à 1912.

CHIARI. — Die Krankheiten der Nase, 1902.

CORNIL ET RANVIER. — Histologie patholog., 1881.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie, 1897, tome IV.

DURAND. — Contribution à l'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales. — Thèse de Nancy, 1903.

ESCAT. — Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx, nez, larynx, 1901.

GRAZZI. — Sur l'étiologie des myxomes des fosses nasales. (*Bolletino delle Malatt. de l'orechio*, 1902, n° 5.)

GROSS, ROMER, VAUTRIN. — Pathologie chirurgicale, 1893.

GRÜNWALD. — Die Lehre der Naseneiterung, 1893.

HOPPMANN. — Ueber Nasenpolypen (*Monats. für Ohrend*, 1885.)

LANNOIS. — Des formations nodulaires, d'origine glandulaire dans les polypes muqueux des fosses nasales. (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 16 octobre 1909.)

LAVRAND. — Etiologie et pathogénie des polypes muqueux des f. nasales. (*Journal de Soc. médic. de Lille*, 1898, n° 5.)

LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie clinique, 1897, tome V.

LENNOX, BROWNN. — Traité des maladies du larynx, pharynx et fosses nasales, 1891.

LERMOYEZ. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales, 1896.

LEVRET. — Observations sur les polypes de la matrice, du nez et de la gorge, 1749.

LUC. — Etiologie des polypes muqueux des fosses nasales. (*Archives internationales de laryngologie*, 1895, n° 5.)

- MORELL-MACKENSIE. — Traité des maladies du nez, 1887.
MOURE. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharygienne. Paris, 1893.
RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOULLY. — Patholog. extern.
RINDSFLEICH. — Histologie patholog.
TESTUT ET JACOB. — Les fosses nasales et leurs sinus.
TRIPPIER. — Anat. patholog. Paris, 1904.
VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, 1867.
ZUCKERKANDL. — Anatomie normale et pathologique des fosses nasales, 1895.
ZARNIKO. — Die Krankheiten der Nase, Berlin, 1894.
-

